

CACHET DU CORRESPONDANT



SERVICE DESTINATAIRE

Formulaire de déclaration de risques Marchandises Transportées

Marchandises confiées à des transporteurs professionnels terrestres, aériens ou maritimes

INTERMÉDIAIRE

Raison sociale : AXA République
Représentée par :
Adresse : 94 Av de la République - BP154
Code postal / Ville : 4 4 6 0 0 Saint Nazaire
Téléphone : 0 2 2 8 5 4 0 0 5 4 Télécopie :
e-mail : agence.republique @ axa.fr
Code portefeuille : 44039344

PROPOSANT

Raison sociale : N° Client :
Représentée par : Forme juridique :
Adresse :
Code postal / Ville :
Téléphone : Télécopie :
Site internet : email : @
Code NAF (INSEE) :
Code SIRET (indispensable) :

MODALITÉS SOUHAITÉES POUR LE CONTRAT

Date de prise d'effet :
Fractionnement de la cotisation : Annuel Semestriel Trimestriel

ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION SUR L'ENTREPRISE

Activité de l'entreprise :
Montant total du chiffre d'affaires : € dont montant total du chiffre d'affaires exportation : €
Montant total des achats : € dont montant total des importations : €
Date de clôture de l'exercice : Effectif total de l'entreprise :
Nature des marchandises transportées :
Sont-elles neuves ? oui non
Nature des emballages :
Utilisation de conteneurs : complet de groupage

GARANTIES SOUHAITÉES

Garantie « Tous risques » : Oui Non

Autres garanties : _____

Option Risques de Guerre et assimilés : Garantie Étendue Maritime (Water borne)

VALEURS ASSURÉES

Valeur maximum en risque par colis : _____

Valeur maximum en risque par colis postal : _____

Valeur maximum en risque par unité de charge : _____

Valeur maximum en risque par conteneur : _____

Valeur maximum en risque par expédition et par événement : _____

ANTÉCÉDENTS DU RISQUE

Le risque proposé a-t-il déjà été assuré ? Oui Non

Si oui, le contrat en cours a-t-il été résilié par l'assureur ? Oui Non

Si oui, le contrat a-t-il été résilié ? après sinistre à l'échéance pour non-paiement de prime

Quel a été le montant et le nombre de sinistres réglés et évalués par le précédent assureur :

Pour l'année en cours N : nombre : _____ montant : _____ €

Pour l'année N-1 : nombre : _____ montant : _____ €

Pour l'année N-2 : nombre : _____ montant : _____ €

Je reconnais avoir été informé conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

J'autorise l'assureur, responsable du traitement, dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, à communiquer mes réponses à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat.

Je l'autorise également à utiliser mes réponses dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui ou auprès des autres sociétés du groupe auquel il appartient.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Information Clients - 313, terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex pour toute information me concernant.

Je reconnais être informé que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et des actes de gestion peuvent être utilisées par le Groupe AXA à des fins de prospection commerciale auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre .

Fait à : _____ le : _____

L'INTERMÉDIAIRE

LE PROPOSANT

